OLGU SUNUMU

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM HASTANESİ TIP DERGİSİ 2007, 45 (4): 173-175

SEZARYEN SKAR ENDOMETRİOZİSİNDE REKÜRRENS: OLGU SUNUMU

Recurrent Cesarean Scar Endometriosis: Report of One Case

Hakan YETİMALAR
Atilla KÖKSAL
Külal ÇUKUROVA
Hüseyin İVİT
Adnan KEKLİK
Meltem SEĞMEN

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Anahtar Sözcükler:

Endometriozis, skar endometrioma

Key Words:

Endometriosis, scar endometrioma

ÖZET

Endometriosis fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunduğu, klinik ve patolojik bir olaydır. Jinekolojik ve obstetrik operasyonlar sonrasında, nadiren skar yerinde endometriozis görülebilir. Biz sezaryen operasyonları sonrasında skar sahasında rekürren, atipik ve masif endometriozis gelişen bir vaka sunduk.

SUMMARY

Endometriosis is a clinical and pathologic event with presence of functioning endometrial tissue outside the uterine cavity. Scar endometriosis is rare follows obstetrical and gynecological surgeries. We are reporting a case of scar endometriosis following cesarean section which were recurrent,atypıc and massıve.

GİRİŞ

External endometriozis uterin gland ve stromanın uterus dışında görülmesi olarak tanımlanır. En çok gözlendiği lokalizasyon yine pelvisdir. İngiltere ve ABD'de laparotomi yapılan hastaların % 10-25 inde endometriozis oldugu, Jeffcoate tarafından rapor edilmiştir (1). Dismenoresi olan kadınların % 60'ında, infertil kadınların % 20-40 ında endometriozis mevcuttur. Laparoskopik sterilizasyon yapılan multipar kadınlarda endometriozis sıklığının %6 ile % 43 arasında değiştiği görülmüştür (2).

Ekstrapelvik endometriozis nadir görülmektedir. Ekstrapelvik endometriozisin görüldüğü yerler mesane, böbrek, lenf nodları, akciğer, plevra, ekstremiteler, barsak, umblikus, omentum, herni keseleri ve batın duvarıdır (3).

Yazışma adresi: Dr. Meltem SEĞMEN
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Tel : 244 44 44 / 26 95
Gsm : 505 479 91 92
E-mail : aksumeltem@yahoo.com

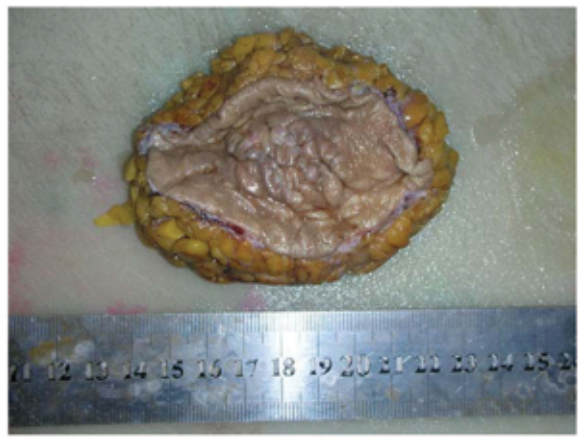
Bu çalışmada dokuz yıl ara ile başından iki sezaryen operasyonu geçen ve her iki sezaryen operasyonu sonrasında operasyon skar yerinde masif ve atipik endometriozis gelişen bir vaka bildirildi.

OLGU

Otuzbeş yaşında bayan hasta 14 yıl önce ilk doğumunu sezaryen operasyonu ile yapmış ve öyküsünde sezaryen operasyonu sonrasında, yaklaşık 1 yıl içinde kesi yerinde kabarık ve ağrılı bir kitle oluşması şikâyeti ile sezaryen operasyonunu olduğu devlet hastanesine başvurduğu öğrenildi. Başvurduğu hastanede, yara yerindeki kitle eksize edilmiş. Postop dönem sorunsuz geçmiş ve dokuz yıl boyunca rekürrens gözlenmemiş. Başından geçen ilk sezaryen operasyonundan dokuz yıl sonra tekrar gebe kalan hasta, ikinci doğumunu da sezaryen ile yapmış. Operasyondan sonra yine 1 yıl içinde yara yerinde aynı lokalizasyonda kitle oluşmuş. Bu şikâyetlerine ek olarak yaklaşık son 3 aydır bu kitleden adet dönemlerinden bağımsız ara ara düzensiz bir şekilde kanaması olmaya başlamış. Yara yerindeki kitleden kanama olması nedeniyle hasta, hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvurdu. Yaptığımız muayenede, sezaryen skar yerinde 4x4 cm çapında açık kahverengi, kabarık, düzensiz yapıda ve orta sertlikte bir kitle gözlendi (Resim 1). Hastanın jinekolojik muayenesinde rektovajinal septumda nodül saptanmadı, corpus normal cesamette ve bilateral overler doğaldı. Hastaya yaptığımız transvaginal USG sonucunda uterus normal cesamette, endometrium ince ve düzenli, bilateral overler doğal görünümdeydi. Yara yerinde gelişen kitleden biopsi alındı ve histopatoloji sonucu "endometriozis" olarak bildirildi. Hastamızın dismenore, dispareunia veya menoraji gibi pelvik endometriozis ön tanısını düşündüren yakınmaları veya muayene bulguları bulunmadığı için medikal tedavi düşünülmedi. Bu olguda tedavi olarak; anestezi altında, kitleye geniş eksizyon uygulandı (Resim 2). Operasyon sırasında m. rectus abdominis fasciasının kenarına kadar ulaşan lezyonun fasciayı invaze etmediği görüldü. Rektus faciasında bir defekt olmadı. Operasyonda geniş eksizyon ile çıkardığımız kitle 9x7 cm boyutlarında idi (Resim 3). Postop dönem sorunsuz geçti. Rekürrens ihtimalinden dolayı hasta takibe alındı.

Resim 1. Olgunun muayenesinde sezeryan skar yerinde yaklaşık 4*4 cm çapında açık kahverengi kabarık, düzensiz yapıda ve orta sertlikte bir kitle

Resim 2. Kitleye geniş eksizyon uygulamak amacıyla operasyon hazırlığı



Resim 3. Geniş eksizyon ile çıkarılan kitlenin görünümü

TARTIŞMA

Skar endometriozisi genellikle uterus ve tüpleri ilgilendiren operasyonlardan sonra gelişir. Histerotomiler sonrası gelişen skar endometriozis insidansı %1,8-2 iken sezaryen sonrası insidans %0,03-0,04 arasındadır (4). Histerotomi operasyonları sonrasında riskin daha yüksek olmasının nedeni erken decidua tabakasının peritoneal yayılımının daha yüksek oranda olması ve bunun da selüler replikasyonu artırarak endometriozis gelişimine yol açmasıdır (4).

Değişik serilerde operasyon ile skar endometriozisi gelişimi arasındaki süre 3 ay ile 10 yıl arasında değişmektedir. Skar yerinde endometriozis gelişmesinin nedeni cerrahi müdahale sırasında endometrial dokunun transportudur. Pelvik endometriozis ile skar endometriozisi birlikte görülmesi çok seyrek bir durumdur. Preoperatif tanı genellikle zordur ve genellikle yara yerindeki kitleler sütür granuloması ile karıştırılır. Kesin tanı ancak kitleden biopsi alınarak konulabilir. Biz de preop tanıyı biopsi ile koyabildik.

Biopsi haricinde de tanı metodları mevcuttur. Yara yerinde gelişen kitlelere yüzeyel doku probu ile yapılan USG sonucunda bu kitlelerin internal ekolar içeren hipoekoik görünüm verdiği rapor edilmiştir. Klinik veriler eşliğinde Renkli Dopplerde büyük oranda endometriozis tanısına yaklaştırmaktadır. Dwivedi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 4 ayrı vakada yapılan ince iğne aspirasyonunun doğru tanı koymadığını rapor etmiştir (5).

USG haricindeki diğer görüntüleme yöntemlerinden CT ve MR ise preop tanıda yardımcı olabilecek metotlardır. MR görüntüleme yöntemi yüksek rezolüsyon özelliğinden dolayı küçük lezyonlarda BT ye göre daha üstündür. Skar yerinde gelişen kitlenin preop tanısında yine MR'ın batın subkutan doku ve kas arasındaki sahayı daha iyi görmesi BT ye olan diğer bir üstünlüğüdür (6). Ancak lezyonun yüzeyel ve dolayısıyla kolay ulaşılır olmasından dolayı biopsi genelde tercih edilmeli ve görüntüleme tekniklerinin kullanımı şüpheli hallerde ve daha çok lezyonun yayılımının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmalıdır diye düşünmekteyiz.

Biz bu olguda, preop dönemde medikal tedavi kullanmadık. Literatür taramasında medikal tedavi (Danasol, OKS, Progestinler, GnRh agonistleri) ile semptomlarda gerileme olmakla birlikte kitlenin boyutlarında küçülme olmadığı görülebilir (7). Hastalara tedavi amaçlı yapılan geniş eksizyondan sonra hastalar takibe alınmalıdır çünkü persiste eden vakalarda malignansi riski mevcuttur. Skar endometriozis gelişme riskinden dolayı uterus ve adnekslerle ilgili bir cerrahi sırasında batın duvarı katları iyice temizlenmeli ve yüksek çözünürlüğü olan bir solüsyon ile iyice irrigasyon yapılmalıdır (8).

Sonuç olarak jinekolojik veya obstetrik bir cerrahi hikayesi olan yara yeri skar dokusunda şişlik ağrı kanama ile başvuran hastalarda skar endometriozis ayırıcı tanı olasılıklarına dahil edilmelidir. Yine bizim vakamızda olduğu gibi daha önceden yara yerinden kitle eksizyonu hikâyesi olan hastalarda tekrar yara yerinde gelişen şişlik, ağrı ve kanama şiddetle skar endometriozis rekürrensini düşündürmelidir. Preop tanı biopsi alınarak ve gerekirse diğer görüntüleme yöntemleriyle (MR; USG) konulabilir. Medikal tedavi başarısızdır. Geniş eksizyonla kitlenin çıkarılması tercih edilecek tedavi şeklidir. Rekürrens ihtimaline karşı uyanık olunmalı ve hasta takibe alınmalıdır. Burada sunulan hastanın sunulmasını gerektiren özellikleri skar endometriozisinin geçirdiği her iki sezaryen operasyonundan sonra görülmesi yani reküran ve alışılmadık derecede büyük olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Jeffcoate, Principles of gynecology. London: Butterworth, 1975
2. Rawson JM. Prevalance of endometriosis in asymptomatic women. J Reprod Med. 1991; 36: 513-5.
3. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extra pelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16: 193-219.
4. Chatterjee SK. Scar endometriosis: A Clinicopathological study of 17 cases. Obstet Gynecol 1980; 56: 81-4.
5. Dwivedi AJ, Agarval SN,Silva YJ: Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci 2002; 47: 456-61.
6. Rivlin ME, Das SK, Patel RB, Meeks GR. Leuprolide acetate in the management of cesarean scar endometriosis. Obstet Gynecol 1995; 85: 838-9.
7. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis. Results of magnetic resonance imaging. Gynecol Obstet Invest 2003; 55: 220-4.
8. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: A preventable complication. Int Surg 2002; 87: 175-7.